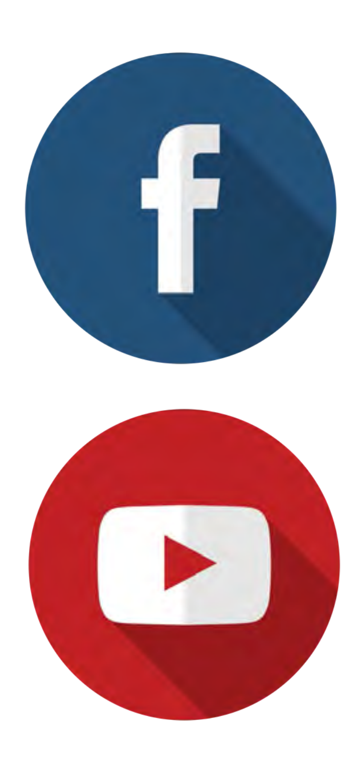
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

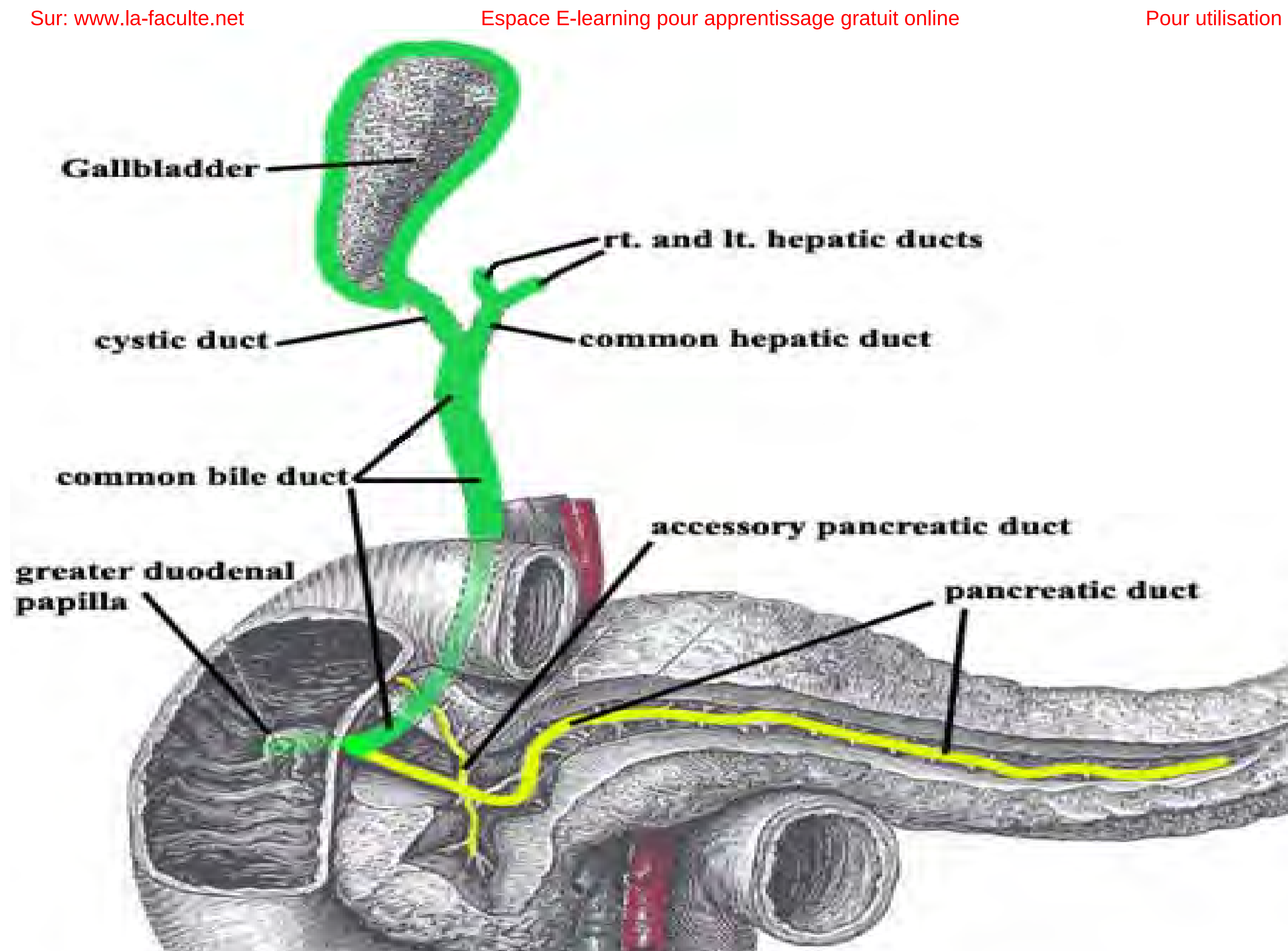


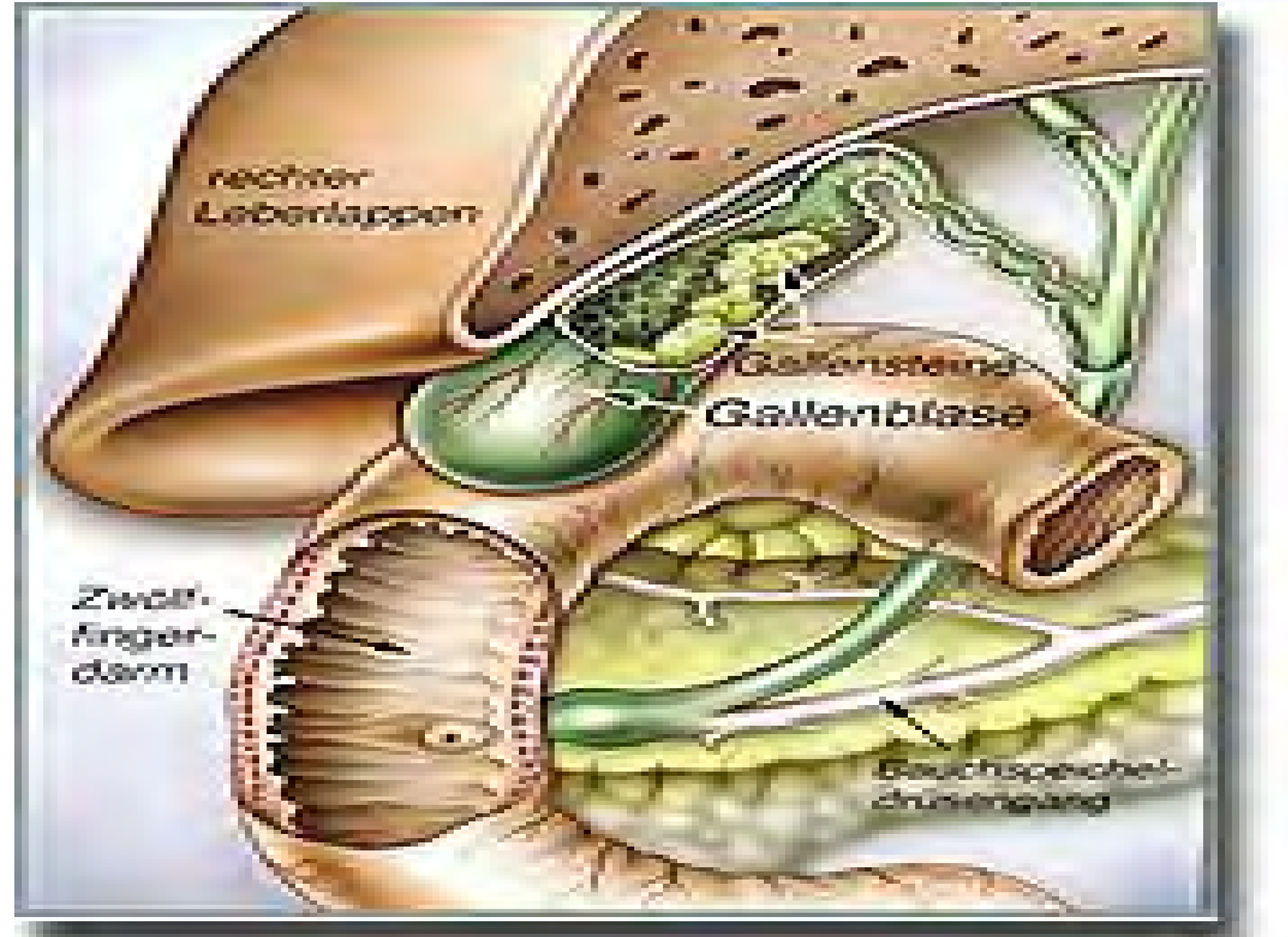




PANCREATITES AIGUES




Gallbladder
rt. and lt. hepatic ducts
cystic duct
common hepatic duct
common bile duct
accessory pancreatic duct
greater duodenal papilla
pancreatic duct
Duodenum


rechter
Leberlappen
Gallenblase
Zwölf-
finger-
darm

- ***C'est un syndrome abdominal aigu déterminé par l'auto-digestion de la glande pancréatique***

  - aboutissant à la constitution de ***foyers nécrotico-hémorragiques***

  - avec épanchement de la cavité péritonéale d'un **liquide séro-hématique toxique** et

  - une atteinte des viscères nobles par une véritable ***toxémie enzymatique***

Rares en pathologie d'urgences abdominales, elles se caractérisent par:

la gravité du pronostic des formes nécrosantes

CAUSES
ET
MECANISMES

A l'état physiologique, ***les enzymes du suc pancréatique sont présentes dans la cellule acinaire sous forme inactive*** (le TRYPSINOGENE étant contenu dans les grains de zymogène).

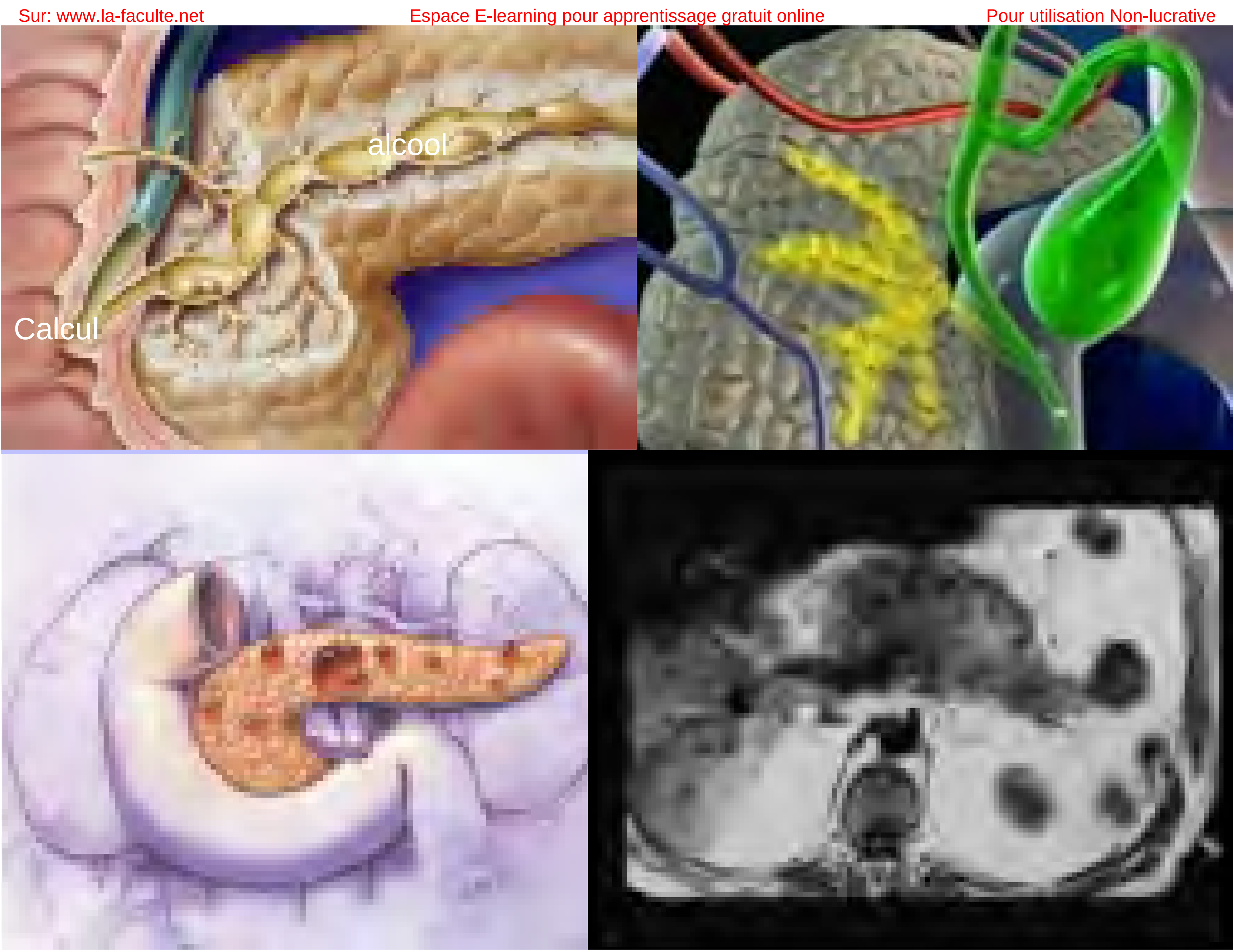
Ces enzymes deviennent seulement actives dans la lumière intestinale lorsque le trypsinogène est activé en TRYPSINE sous l'effet de l'entérokinase.

Dans les pancréatites aigues, ***l'alcool et la lithiase biliaire se comportent comme des facteurs déclenchant.*** H

- ***L'alcool***, en augmentant la viscosité du suc pancréatique, entraînerait la formation de *bouchons protéiques avec comme conséquence une inflammation locale et une augmentation des pressions en amont*

- ***Le calcul*** en augmentant la pression intra-canalaire et en favorisant la rétro-diffusion du suc pancréatique

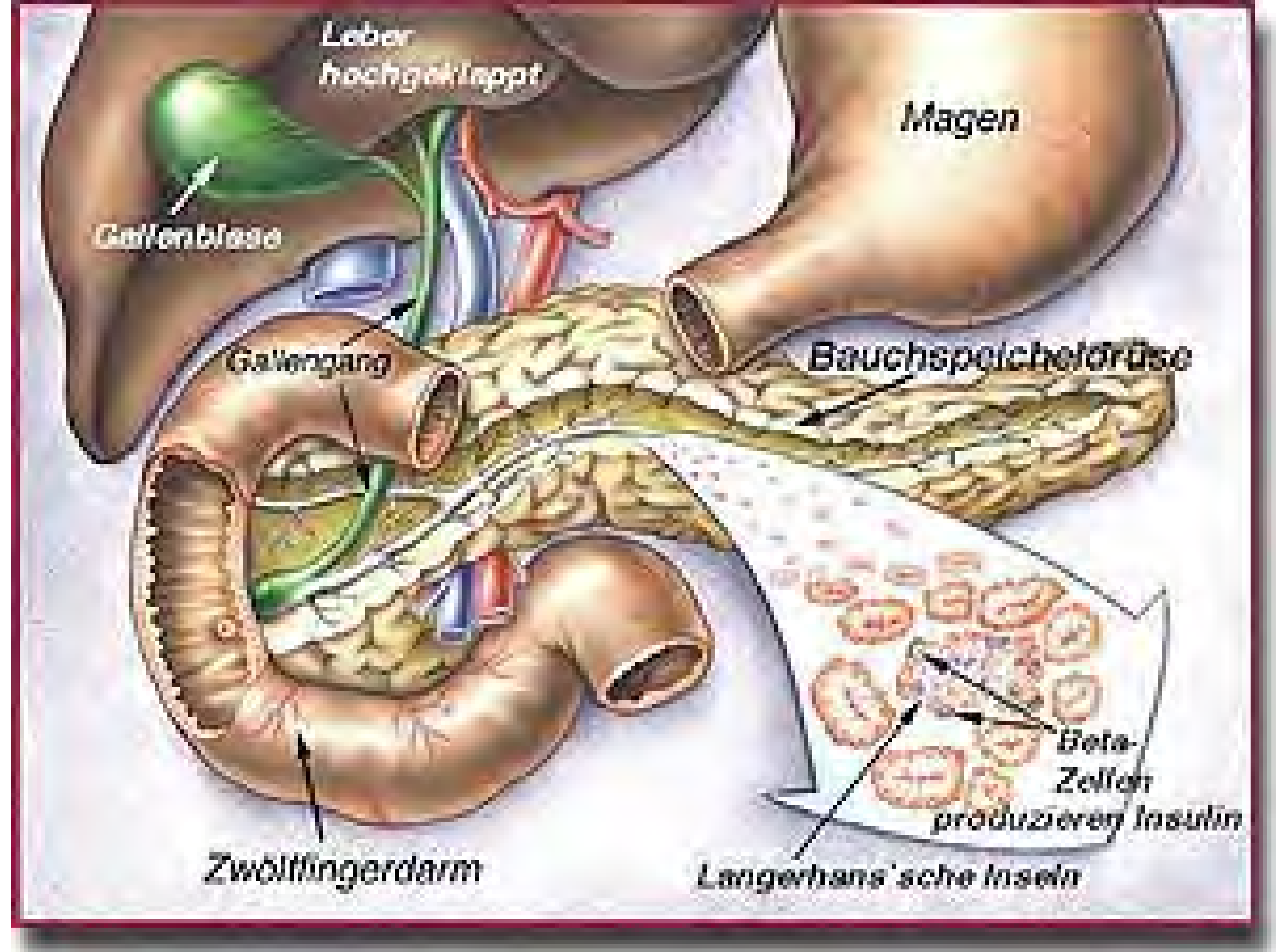
- ***La conséquence est l'activation prématurée du trypsinogène en trypsine*** ⚠H


alcool
Calcul

Ainsi:



1. ***L'alcool*** et ***le calcul*** augmenterait la ***pression intra-canalaire***
2. Avec ***activation du trypsinogène en trypsine***
3. ***Issue des sucs pancréatiques*** hors des canaux excréteurs et leur activation
4. Entraînant une ***autodestruction*** par digestion enzymatique d'une partie plus ou moins importante du pancréas


Leber
hochgeklappt
Magen
Gallenblase
Gallengang
Bauchspeicheldrüse
Beta-
Zellen
produzieren Insulin
Zwölffingerdarm
Langerhans'sche Inseln

DIAGNOSTIC POSITIF

1. DOULEUR:

- ***abdominale aigue, épigastrique, avec irradiation dorsale soulagée par l ’anté-flexion*** (chien de fusil)
- accompagnée de nausées et vomissements
- l’examen abdominal souvent pauvre mais discordant +++

2. BIOLOGIE:

- ***amylasémie*** (précoce), ***amylasurie (urines des 24H)++***
- ***lipasémie >3N ++++***
- trypsine sérique

  Une amylasémie très élevée est en faveur d’une origine biliaire
- l’hyperleucocytose neutrophile



3. ASP + Radiographie THORACIQUE:

- *Iléus réflexe* régional
- *Calcifications* dans la région pancréatique
- *Absence de pneumo-péritoine*+++
- Parfois *épanchement pleural de la base gauche*

4. L'ECHOGRAPHIE: (diagnostic et étiologie)

- souvent gênée par la distension gazeuse, peut montrer
- une *lithiase biliaire*+++
- un épanchement péritonéal

Poussée de pancréatite aigue sur pancréatite chronique, dilatation moniliforme du Wirsung, thrombose portale



5. TDM: (angio-scan) valeur diagnostic et pronostic, il est surtout indiqué en urgence en cas de doute, sinon, réalisé à la 48ème heure ++

- il montre:

  . ***PO: augmentation de volume, hypodense***

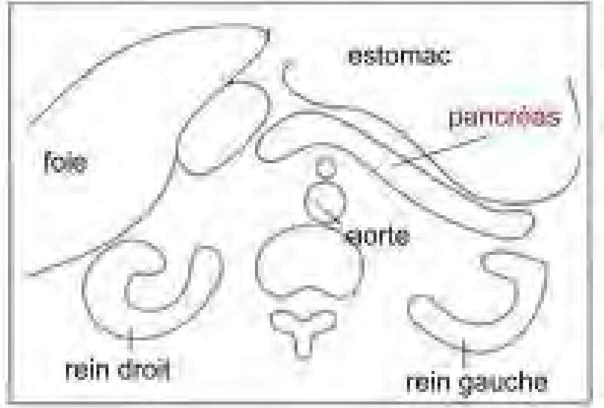
  . ***PANH: la nécrose*** (zone ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste, + 3cm ou + 30% du parenchyme)

  . ***Des coulées de nécroses extra-pancréatiques et rétro-péritonéales***

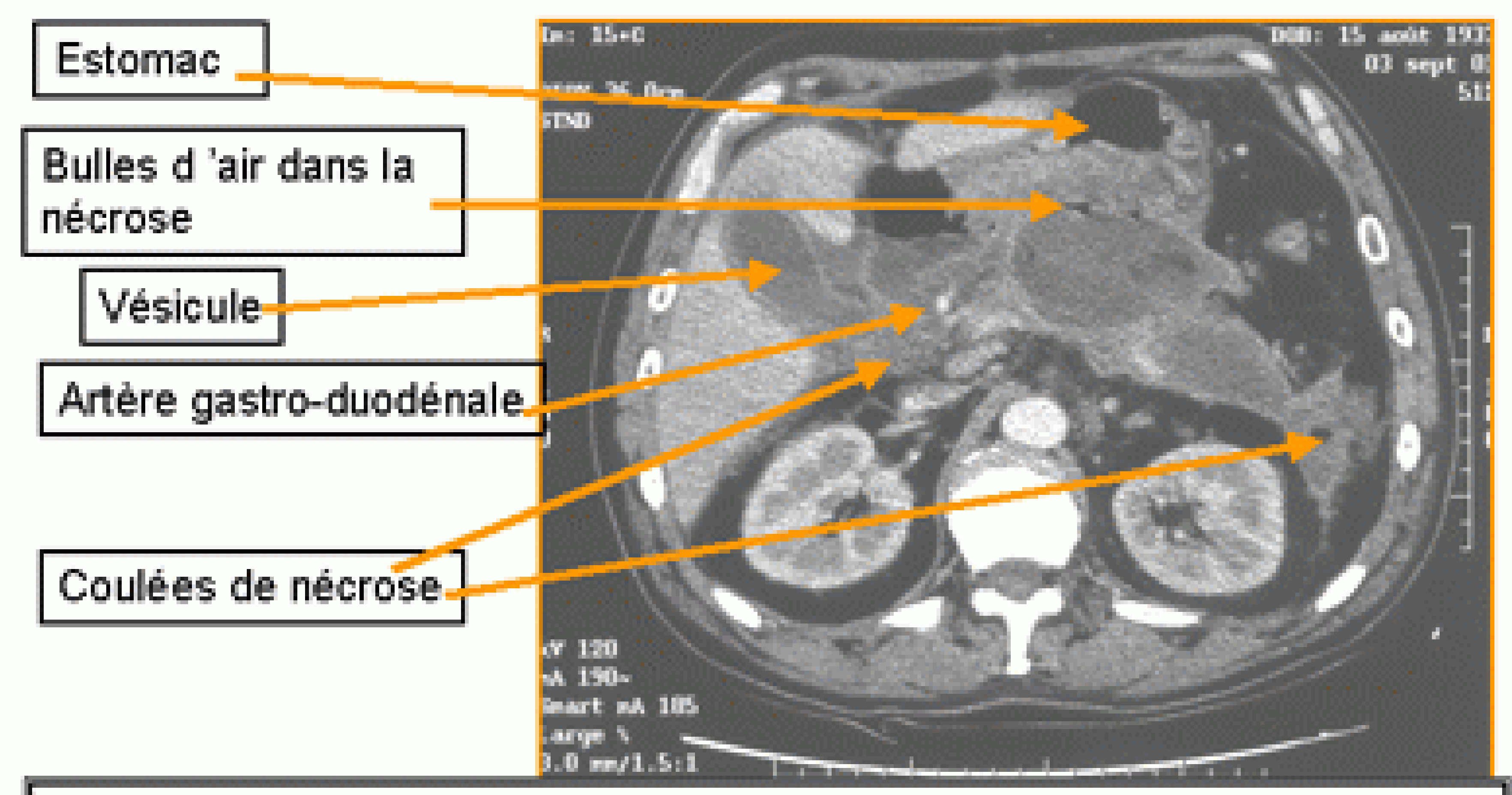
  . **Une infection de la nécrose** (présence de bulles d'air en son sein)

- il permet:

  . d'évaluer le % ***de nécrose*** et la ***stadification***



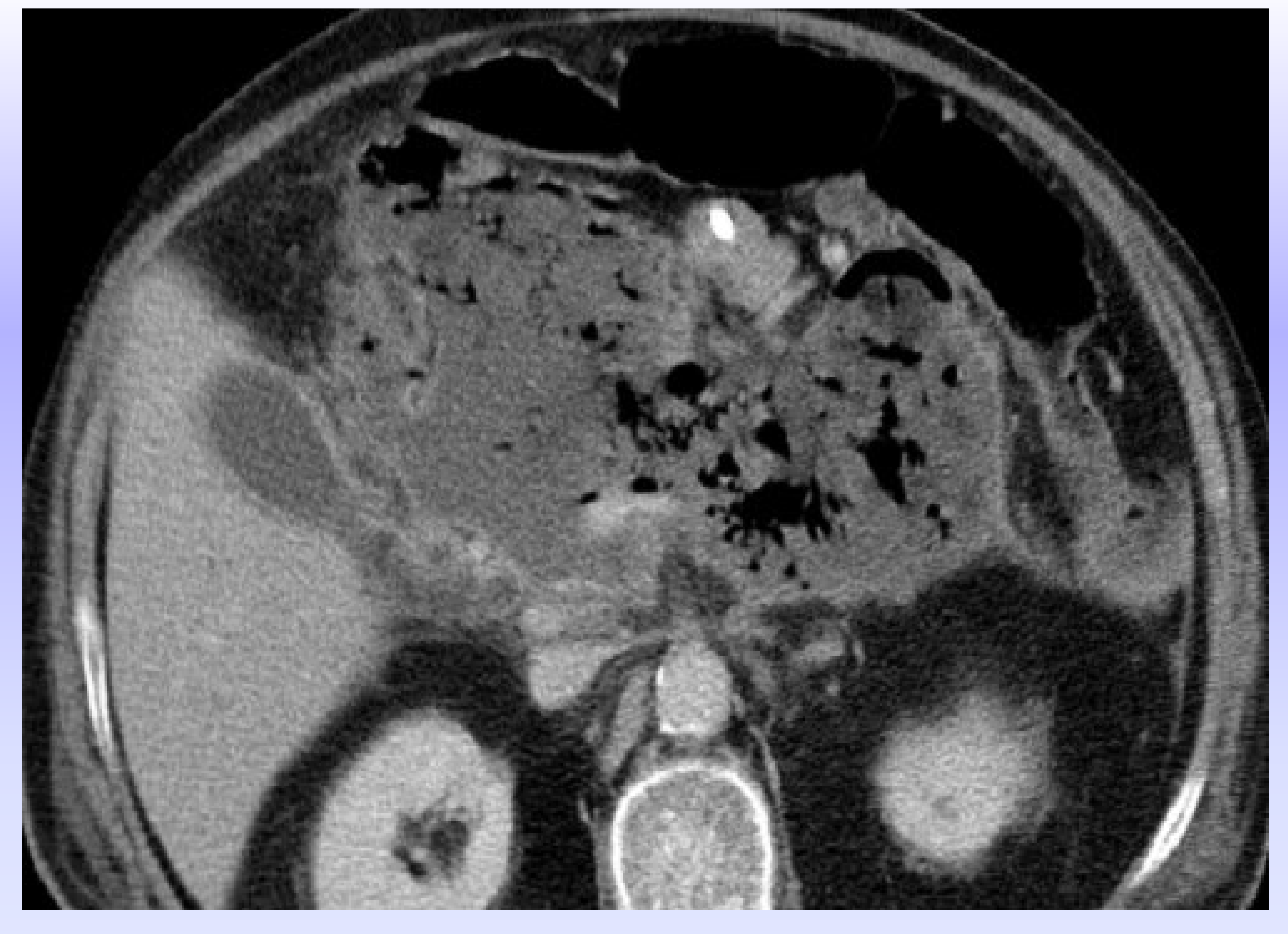
Pancréatite oedémateuse



Scanographie avec injection de produit de contraste: Pancréatite aiguë avec un index de gravité tomodensitométrique supérieur à 10 (plus de 2 coulées de nécrose extrapancréatique et nécrose de plus de la moitié de la glande elle-même). Il existe de plus une suspicion d 'infection de la nécrose en raison de la présence de bulles d 'air au sein de l 'une des coulées.

P. aigue nécrotico-hémorragique





Pancréatite aigue avec nécrose surinfectée

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE



Les 2 principales causes de pancréatites sont ***l'alcool*** et la ***lithiase biliaire***: elles représentent 90% des causes de pancréatites aigues en France…

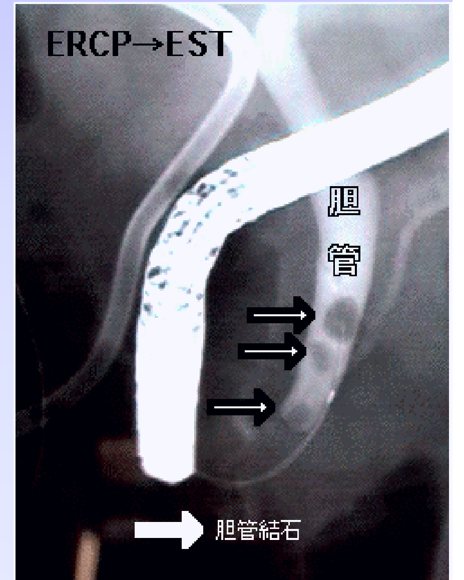
1. <u>LA LITHIASE BILIAIRE:</u> 50%

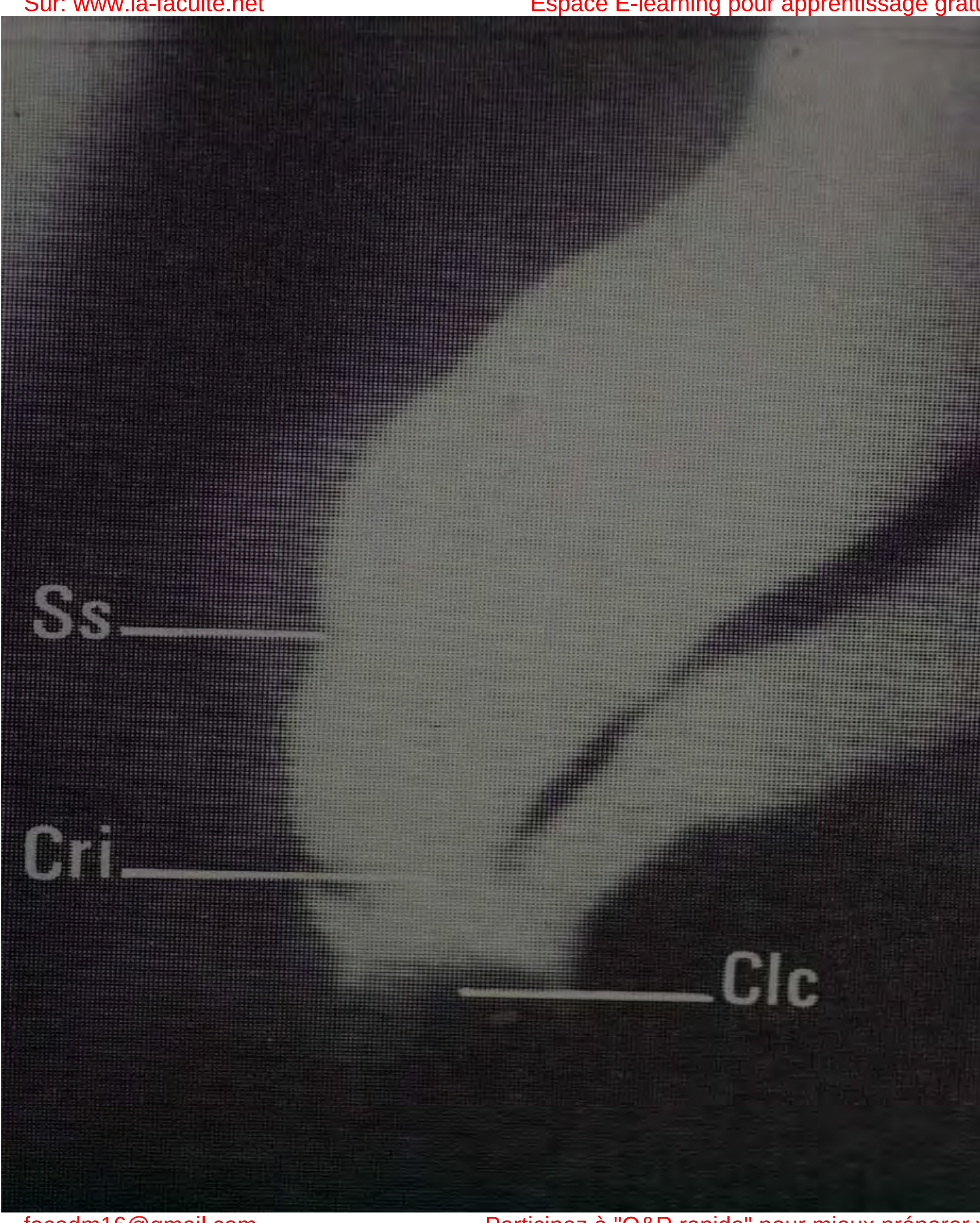
- c'est volontiers une femme, plus de 50 ans
- ALAT: augmentation précoce et transitoire
- PAL et bilirubine augmentées
- ***Amylasémie et amylasurie très élévées***
- ***rechercher et traiter immédiatement une lithiase de la voie biliaire principale +++***

(écho, TDM, écho-endoscopie,

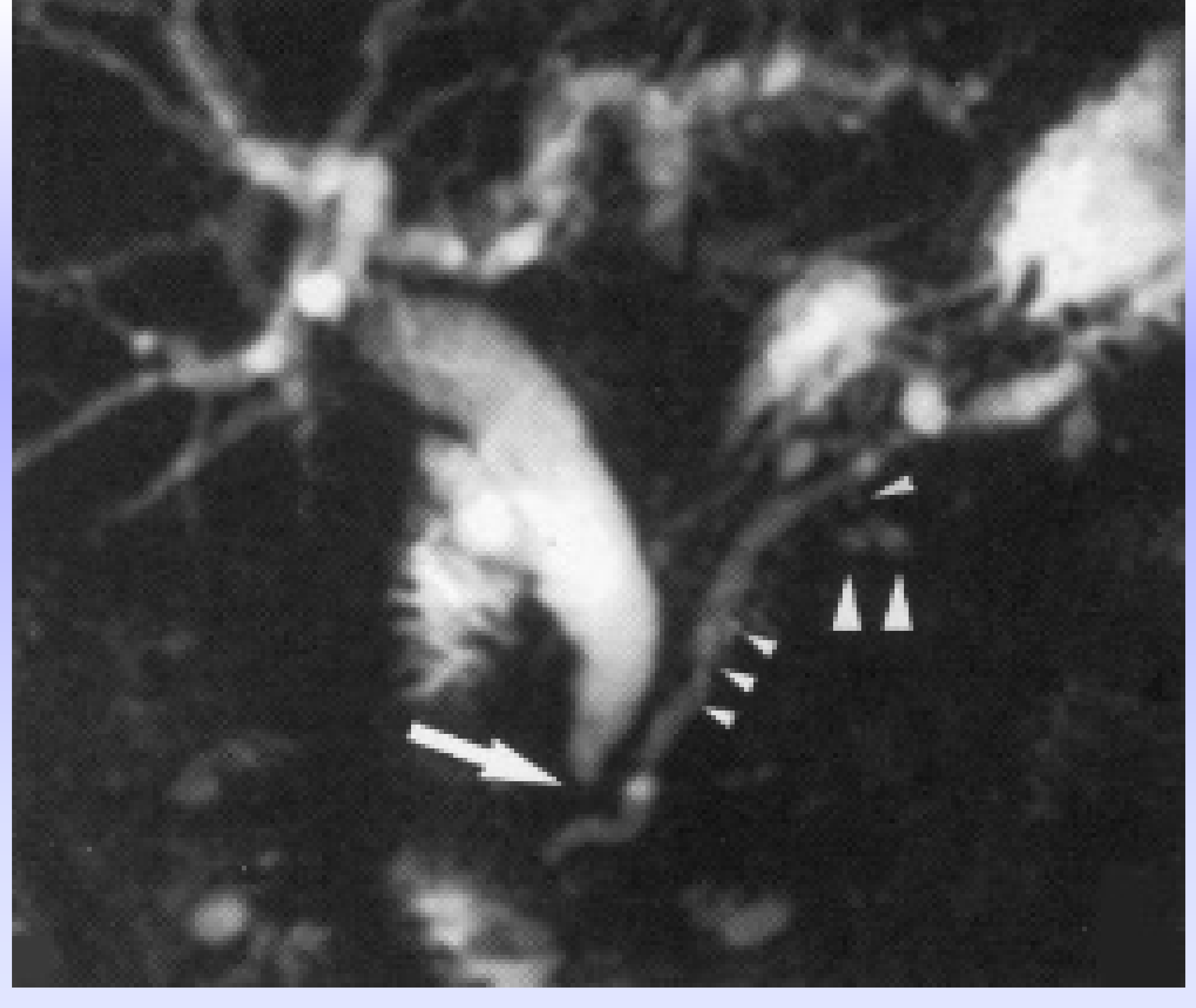
bili-IRM puis CPRE)



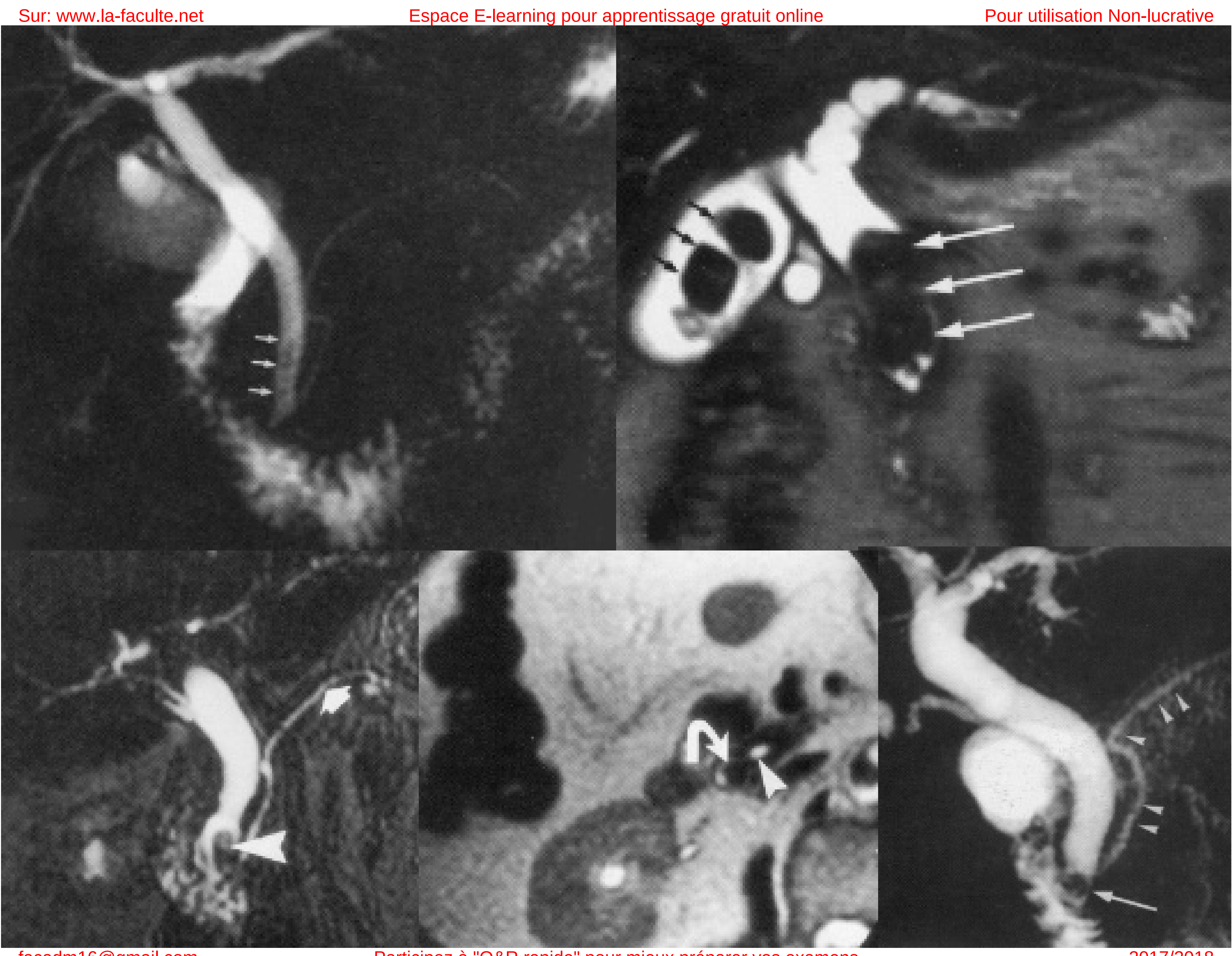




Calcul cholédocien enclavé avec reflux cholédocien majeur



Lithiase du bas cholédoque, dilatation wirsungienne avec calcifications



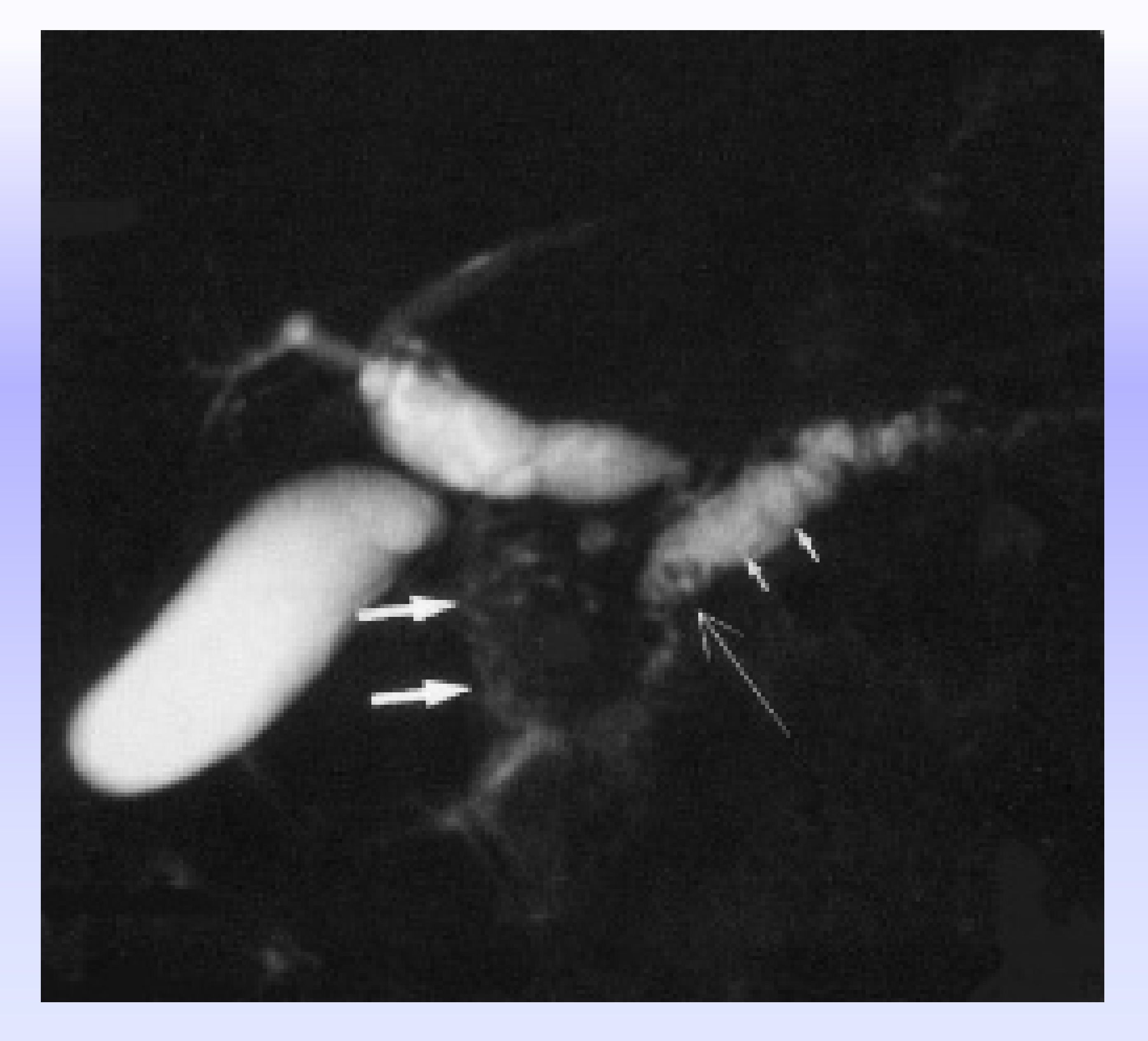
2. L'ALCOOLISME CHRONIQUE: 40%

- Il s'agit le plus souvent de poussées de pancréatite aigue sur pancréatite chronique
- La PA survient donc sur un pancréas déjà malade (voire très « fatigué »)

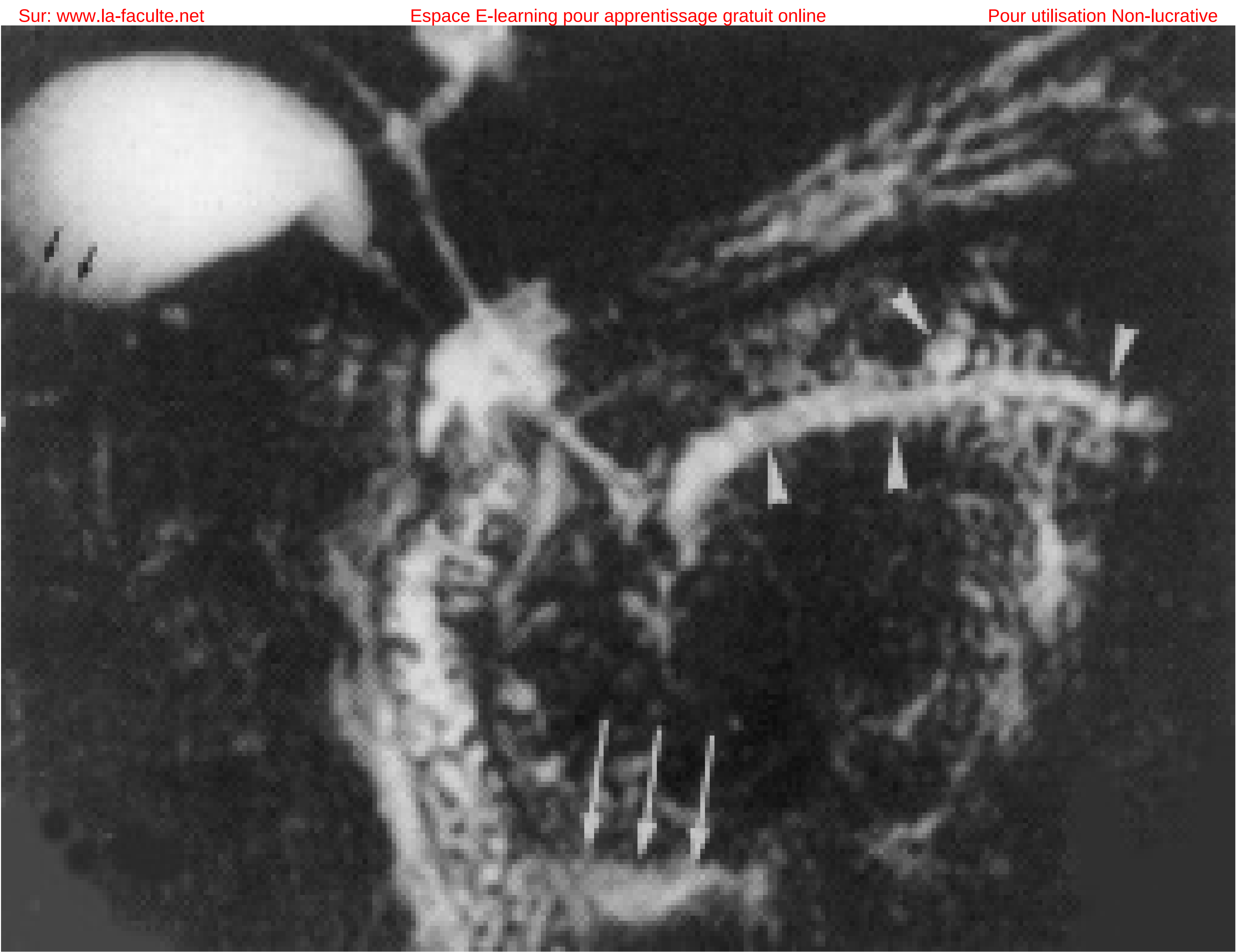




estomac
pancréas
foie
aorte
rein droit
rein gauche



Poussée de PA sur PC: calcifications intra- et extra-canalaire



3. LA PANCREATITE AIGUE IDIOPATHIQUE: 10%

- lorsque la cause est indéterminée, il faut se méfier d'une ***petite tumeur intra-canalaire***, répéter les examens et surveiller les nouveaux épisodes de PA.
- le diagnostic est habituellement celui ***d'une micro-lithiase.***

4. LES PANCREATITES IATROGENES: 2%

- aziathropine, furosémide, tétracyclines, érythromycine, cimétidine
- (+++) *post-instrumentales (CPRE), post-opératoires*

5. LES PANCREATITES METABOLIQUES:

- hypercalcémie et hypertriglycéridémie++

6. ***LES PANCREATITES INFECTIEUSES:***

- ***oreillons***, rubéole, ascaris MICI

7. ***LES PANCREATITES OBSTRUCTIVES:***

- penser à l'***ampullome*** et aux ***tumeurs intra-canalaires*** papillaires ou mucineuses, cancer

8. IL RESTE:

- les P A génétiques
- les P A dysimmunitaires

Résumons-nous:



- ***Clinique:*** ***douleur transfixante épigastrique***
- ***Biologie:*** ***lipasémie>3N***
- ***Imagerie: importance du scanner (48h – 72h)***
- ***Étiologie dominée par la lithiase et l'alcool***
- ***Gravité de la PA sur PC par rapport à la pancréatite lithiasique***

LES CRITERES DE GRAVITE

1. Le terrain et les défaillances viscérales
2. CRP élevée (+15O) à 48H
3. Le score bio-clinique de RANSON à 48H
4. La classification TDM de BALTHAZAR, à 48H

Le score de RANSON:

à l'admission	pendant les 48H
G glycémie sup 11mM	B chute des bases sup 4mM
A âge + 55	O PaO2 inf 6O
L leucocytes + 16OOO	U urée sup 1,8 mM
L LDH sup 350 U/L	C calcémie inf 2 mM
A SGOT sup 250 U/L	H chute hématocrite sup 10%
	E eau séquestrée sup à 6 L

= pancréatite aigue grave si 3 critères ou plus sont réunis…

le risque de décès est = à 33%

La classification de BALTHAZAR (gravité D et E)

Basée sur la TDM abdominale avec injection de produit de contraste durant 48H.

- Il permet de suivre l'évolution de la PA,
- De différencier oedème et nécrose (défaut de rehaussement du parenchyme après injection)
- De préciser l'extension de la nécrose
- De mettre en évidence une collection, et de
- Guider la ponction pour découvrir une surinfection de la nécrose

A = Pancréas normal

B = Pancréas élargie (diffus ou localisé)

C = B+ inflammation de la graisse péri-pancréatique

D = 1 coulée péri-pancréatique

E = plus d'une coulée avec bulle de gaz (infection)

Morbidité et mortalité élevée pour les stades D et E +++

Douleur

Elévation amylase, lipase > 3 N

PANCREATITE AIGUE

Appréciation de la gravité



Orientation étiologique

Score de Ranson
si >3

Scanner avec injection

origine biliaire :
Femme, surpoids
Transaminases (ALAT)
Echographie abdominale :
lithiase vésiculaire

origine alcoolique :
homme jeune (40 ans)
alcool>40 g/j

autres

LES COMPLICATIONS

se voient dans les formes sévères

la mortalité globale est de 10%:

- 1% dans les formes oedémateuses
- 40% des les formes nécrotique graves

LES COMPICATIONS GENERALES

1. État de choc et CIVD
2. Les défaillances multi-viscérales: SDRA, insuffisance rénale, pulmonaire, hépatique
3. Dénutrition (protéolyse musculaire)
4. Installation d’un diabète en cas de nécrose étendue (insulino-dépendant)

LES COMPLICATIONS LOCALES

1. L'infection de la nécrose +++ 

- suspectée devant ***l'aggravation du tableau*** (fièvre, baisse EG, choc), et la montée de l'hyper-leucocytose et CRP

- le diagnostic est porté par la ***ponction sous TDM des coulées de nécrose avec étude microbiologique***

- elle impose ***drainage + ATB***

2. Les abcès pancréatiques:

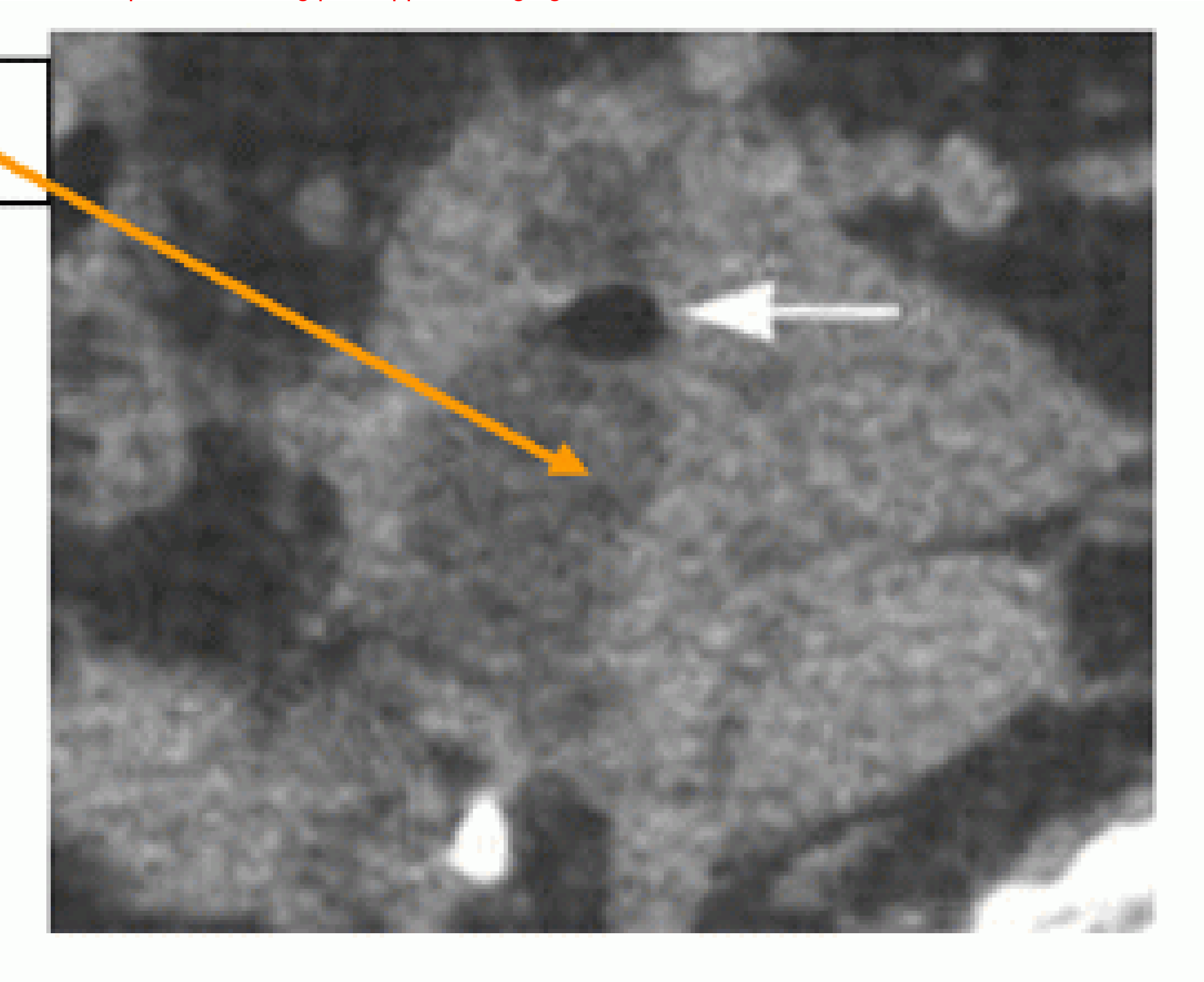
- suspectés sur un syndrome de suppuration profonde

3. Complications rares:

- fistules pancréatiques, hémorragies

4. L'apparition des pseudo-kystes est plus tardive (3ème semaine)

Bulles d 'air dans la nécrose

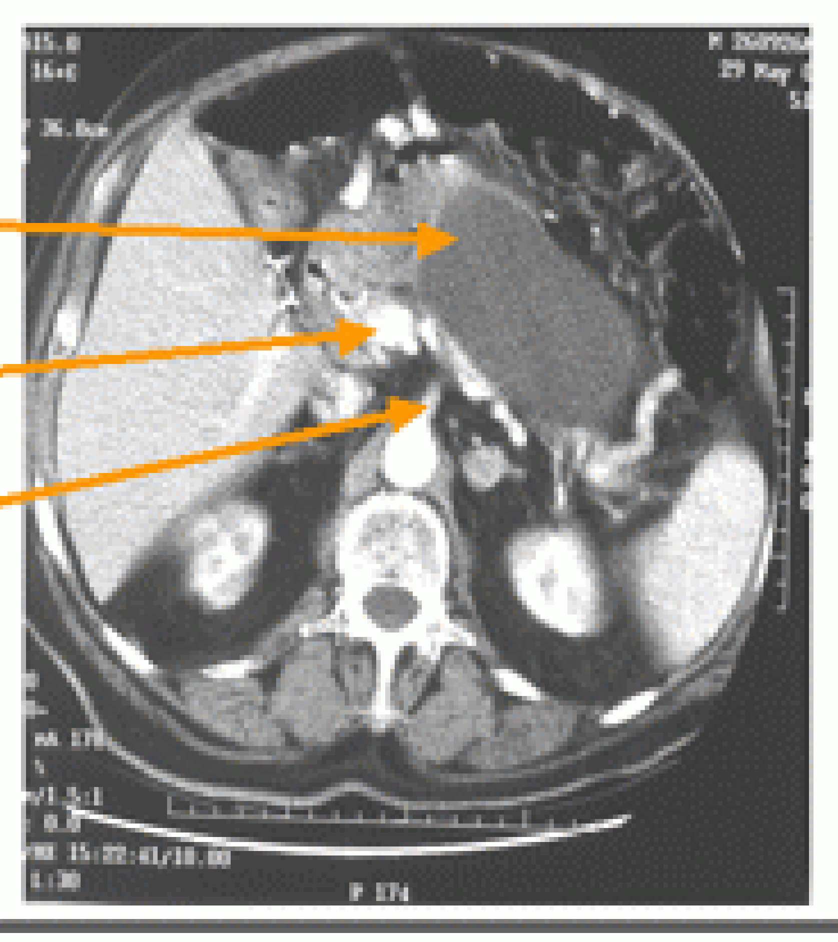


Scanographie avec injection de produit de contraste: Pancréatite aiguë. Il existe de plus une suspicion d 'infection de la nécrose en raison de la présence d 'une bulle d 'air au sein de la nécrose.

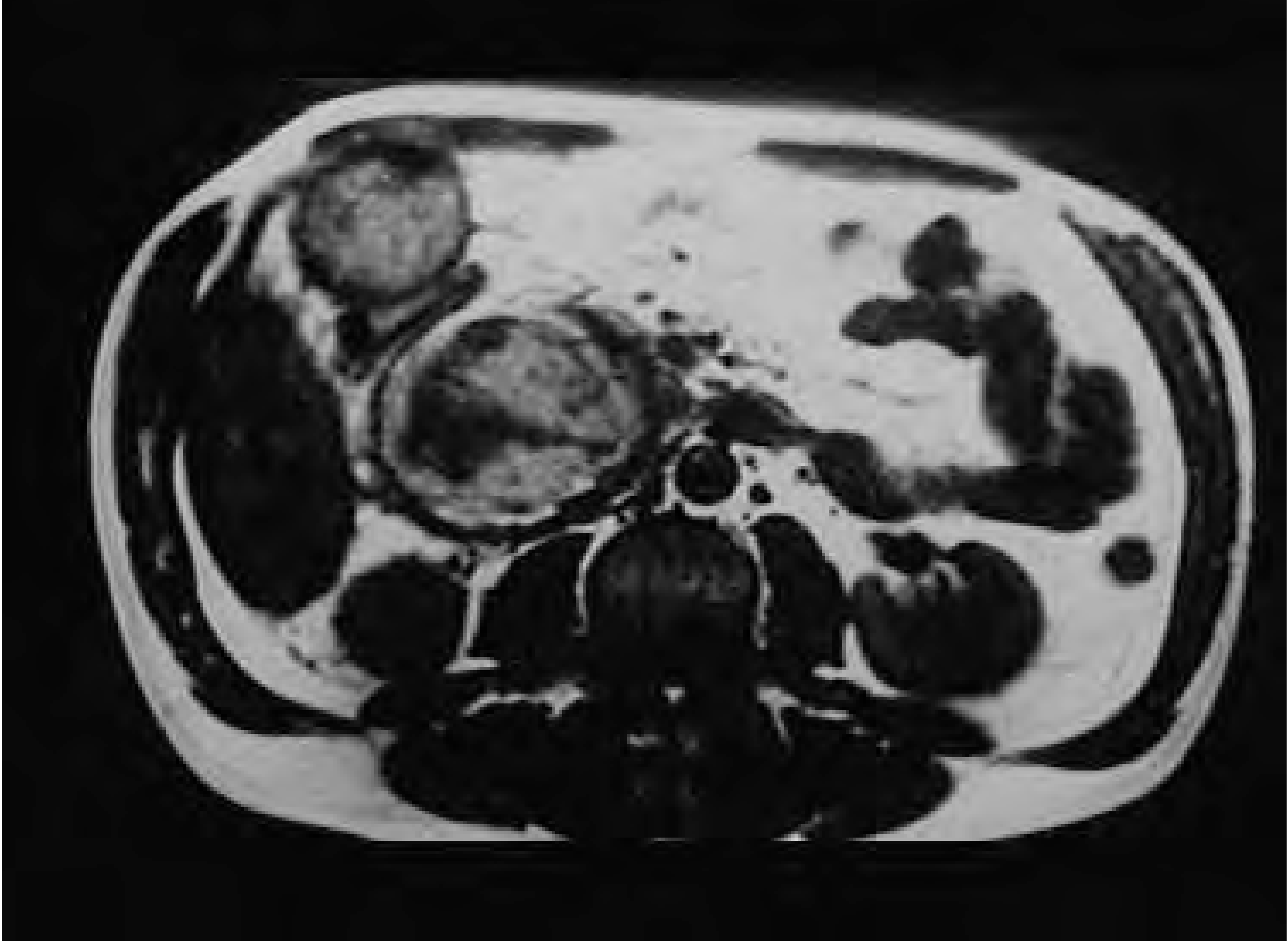
Pseudo-kyste caudal

Veine mésentérique supérieure

Artère mésentérique supérieure



Scanographie avec injection de produit de contraste réalisée à distance d'une poussée de **pancréatite aiguë** permet la visualisation d 'un volumineux pseudo-kyste de la queue du pancréas



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ***Éliminer une affection médicale:***

  - IDM +++
  - embolie pulmonaire

- ***Éliminer une affection chirurgicale:***

  - une occlusion haute du grêle
  - une perforation d'ulcère
  - un infarctus mésentérique

TRAITEMENT

1 - ne peut se concevoir qu'en centre spécialisé ou USI

2 - nécessite une surveillance pluriquotidienne pour déceler et traiter une complication

TRAITEMENT MEDICAL

1. Des désordres généraux:

- lutter contre le choc et l'hypovolémie
- lutter contre la douleur (AINS et salicylés contre-indiqués)
- lutter contre l'infection (ATB)

2. Des problèmes locaux:

- mise au repos du tube digestif (jeune+SG)
- lutter contre la dénutrition grâce à une ***nutrition artificielle*** (entérale +++ ou parentérale)

TRAITEMENT INTERVENTIONNEL

1. Si surinfection de la nécrose pancréatique:

- drainage per-cutané sous écho ou chirurgical

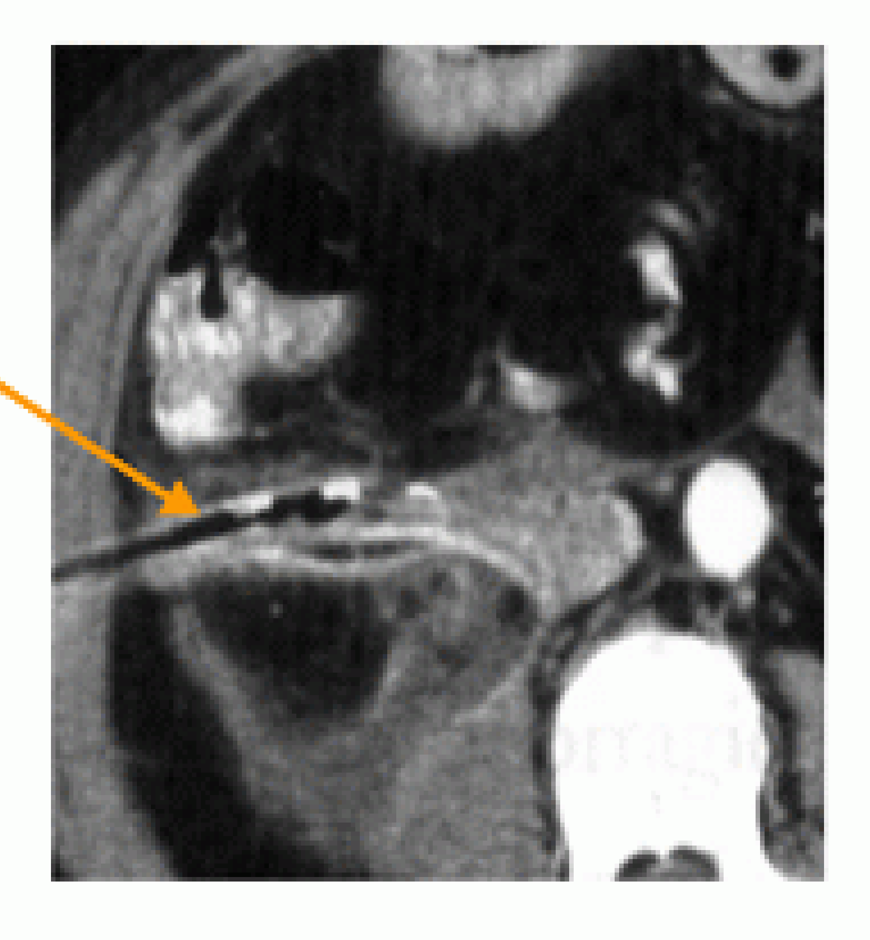
2. Si confirmation de PA biliaire:

- sphinctérotomie endoscopique en urgence +++
- cholécystectomie 6 semaines après

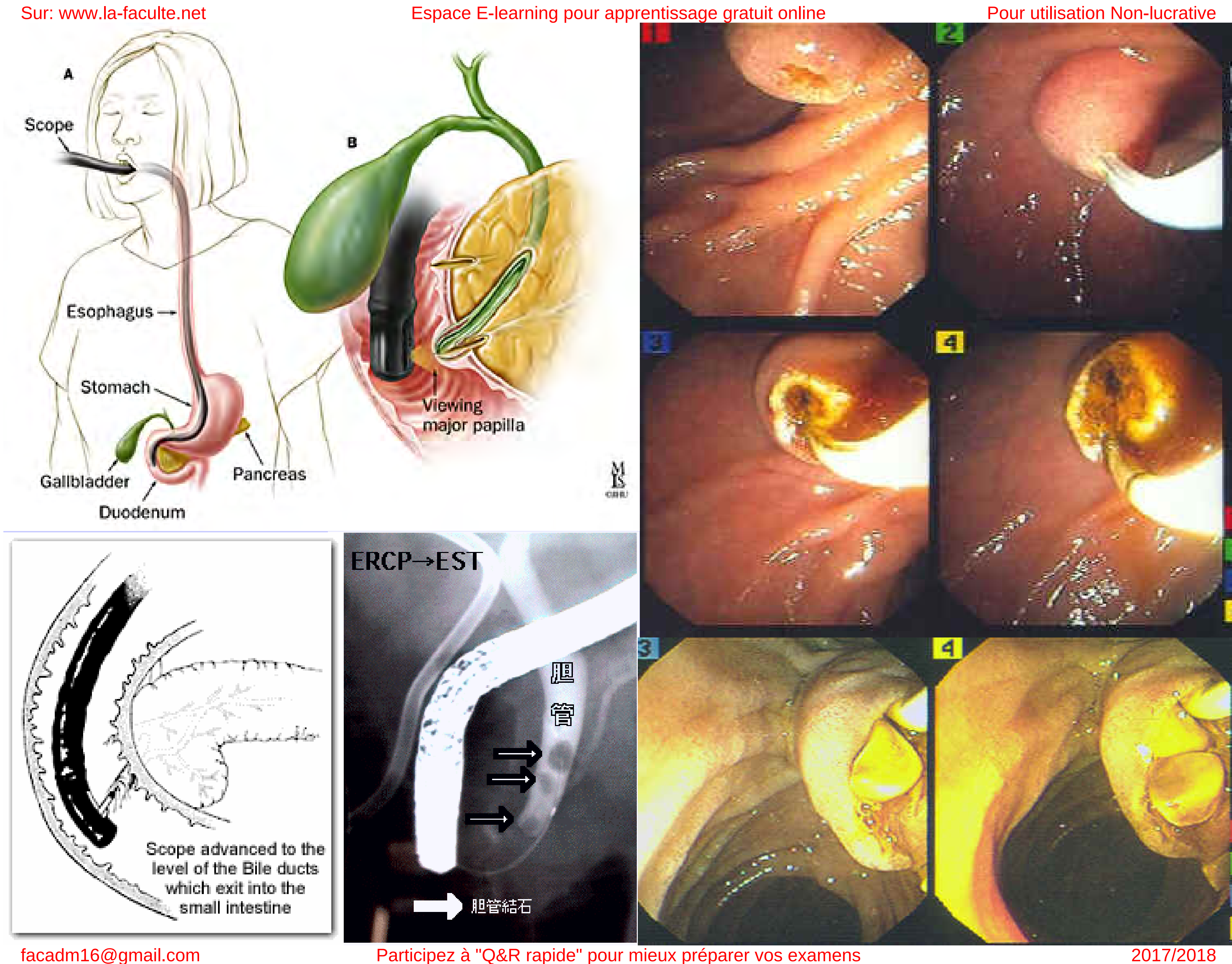
3. Si apparition d'un pseudo-kyste compliqué:

- drainage interne par voie endoscopique ou chirurgicale

Drain sortant au niveau du flanc droit



Scanographie avec injection de produit de contraste: Exemple de traitement chirurgical d 'une **pancréatite aiguë nécrosante** et infectée par la mise en place d 'un drain permettant à la fois le lavage et le drainage de la nécrose.


A
Scope
B
Esophagus
Stomach
Gallbladder
Duodenum
Pancreas
Viewing
major papilla
ERCP→EST
胆
管
胆管結石
Scope advanced to the level of the Bile ducts which exit into the small intestine
1
2
3
4
3
4